GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
NÚCLEO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATOS

DATA: 12/03/2020	HORÁRIO: 10:00	LOCAL: HUPES

ASSUNTO: 13ª Reunião CEAAC HUPES (Contrato nº 121/2018)

REFERÊNCIA: CEAAC - Comissão Estadual de Acompanhamento e Avaliação do Contrato

PARTICIPANTES:

NOMES	CARGO/FUNÇÃO	ÓRGÃO/UNIDADE	TELEFONE
Adriana Almeida	Monitoramento e Aval.	HUPES	3283-8169
Fábio Lobo	Administrador	HUPES	3283-8169
Andréa da Rocha Souza	Coordenadora NAC	SUREGS/DICON/NAC	3115-4132
Érica de S. C. Souza	Fiscal de Contrato	SUREGS/DICON/NAC	3115-4132
Viviane Scherbach	Coordenadora NGL/GQuali	DIREG/CER/GQUALI	3117-5734
Irene Lúcia Setúbal	Médica Reguladora	DIREG/CER/GQUALI	3117-5734

PONTOS DE PAUTA	Definições/Compromissos
Orientações iniciais	Prestador deve se atentar para o prazo máximo para entregado CD com os indicadores, no 1º dia útil do mês, o não envio poderá implicar na avaliação das metas qualitativas do mês de referência. Faz-se necessário que todos os documentos enviados para análise sejam em papel com logo da instituição, atentando para o assunto pertinente a cada documento bem como constando a assinatura do elaborador/emissor. Caso contrário, a documentação poderá não ser avaliada. Representantes SESAB reiteram a importância do quórum regimental para as reuniões das Comissões, conforme discutido em reuniões anteriores e registrado em ATA – 7ª reunião CEAAC datada de 19/09/2019. Salientando que as mesmas inconsistências por três meses consecutivos implicará na não avaliação do indicador.
Disponibilizar através de documento oficial, relatórios atualizados, no mínimo duas vezes ao dia, nos 07 dias da semana, constando a quantidade de vagas disponíveis para internamento (4,0)	**Meta Comprometida** nos dias 09, 13 e 20/01/2020: envio de vagas è CER apenas no período da manhã.**Item zerado.**
Garantir internamento / recebimento dos pacientes regulados durante 24h por dia, nos 07 dias da semana (4,0)	**Meta Comprometida** todos os dias em decorrência da UGRL/HUPES manter-se fechada no período noturno. Além disso, no dia 23/01/2020, 06 (seis) pacientes regulados para o HUPES, com orientação da UGRL para horário de chegada entre 07h e 15h.**Item zerado.**
Executar os serviços de acordo com as especificações exigidas, garantido equipamentos, materiais e equipe completa, respeitando o perfil da instituição pactuado com a CER (4,0)	Sem comprometimento de meta. **Item pontuado com 4,0.**
Mortalidade Institucional (3,0)	Taxa global apresentada pela unidade foi de 3,2% atendendo a meta contratualizada. Observa-se uma taxa aumentada nas especialidades de Angio Vascular, Cardio Cirúrgica, Clínica Médica, Hematologia, Pediatria

Andréa da Rocha Souza
NAC DICON/SUREGS/SESAB
Cadastro

	Metabólica (acima de 5%). **Item pontuado com 3,0.**
Taxa de Infecção Hospitalar(3,0)	Unidade apresentou taxa de Infecção Hospitalar de 3,5% referente à competência de janeiro/2020, mantendo alcance de meta. Representante SESAB solicita que seja incluído na contagem de pacientes dia/saídas os internamentos gerados independente da unidade, incluindo Oftalmologia e Psiquiatria, podendo ser excluídos apenas os pacientes de HD.**Item pontuado com 3,0.**
Taxa de Ocupação Hospitalar(3,0)	A taxa de ocupação geral apresentada foi de 71,7%, inferior ao contratualizado.Observa-se que a taxa de ocupação se mantém abaixo de 70%, nas especialidades deAngio Vascular, Buco-Maxilo, Cardio Cirúrgica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Ginecologia,Mastologia, Nefrologia,Ortopedia,Pediatria Cirúrgica, Pediatria Metabólica,Pneumologia e Urologia, sendo incompatível com o perfil de um hospital de ensino. Representantes SESAB solicitam que a partir da próxima competência de avaliação maio com os dados de produção março/2020, que sejam encaminhados no relatório do indicador à justificativa para o não alcance da meta.**Item pontuado com 3,0.**
Média de Permanência(3,0)	A média global de permanência apresentada pela unidade foi de 7,1 dias, atendendo a média contratualizada na especialidade de clínica médica. Representantes SESAB solicitam que a partir da próxima competência de avaliação maio com os dados de produção março/2020, que sejam encaminhados no relatório do indicador à justificativa para o não alcance da meta por leito/especialidade com comparativo por procedimento realizado tendo como baseo SIGTAP.**Item pontuado com 3,0.**
Consentimento livre e esclarecido(3,0)	Em análise aos prontuários fechados de janeiro/2020, por amostragem,verificamos a aplicação dos TCLE em 07 prontuários avaliados. Em visita "*in loco,*" foram avaliados04 prontuários e identificado TCLE todos os prontuários avaliados,contudo 50% dos Termos apresentavam alguma inconformidade (rubrica do profissional médico com ausência do carimbo e outro com preenchimento incompleto). **Item pontuado com 2,5.**
Percentual de pacientes que receberam antibióticoprofilaxia(3,0)	Conforme documentação comprobatória enviada pela unidade, o percentual alcançado em janeiro/2020 foi de 93,13%.Na verificação, em prontuários fechados, por amostragem, não visualizamos registros de administração de antibióticoprofilaxia no momento adequado (60 minutos antes da cirurgia).Representantes SESAB reiteram a solicitação do envio do protocolo de antibióticoprofilaxia que se faz necessário para análise do indicador. Caso não seja encaminhado na competência de avaliação maio com os dados de produção março/2020, este indicador poderá não ser avaliado. **Itempontuado com 1,5.**
Alta Hospitalar Responsável(3,0)	Em vistoria *in loco*, foram analisados prontuários, por amostragem, onde

Comissão de Ética Médica (3,0)	Unidade não enviou documentação comprobatória pelo terceiro mês consecutivo. Supervisores de contrato SESAB mantêm o questionamento referente à portaria de nomeação dos novos membros para esta Comissão. Visto que na ATA de 30/10/2019 constava o comunicado do término de mandato da referida Comissão. **Item zerado.**
Comissão de Ética de Enfermagem (2,0)	Unidade apresentou ATA referente ao mês de janeiro datado de 22/01/2020, situação que comprova funcionamento regular desta comissão. Representantes SESAB solicitam o envio do Regimento Interno desta Comissão visto que a Norma enviada faz referência à composição por 09 membros efetivos, sendo: 5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem ou auxiliares de enfermagem e seus respectivos suplentes. E na Portaria nº050/2019 faz referencia a 04 titulares e 02 suplentes. Representantes SESAB reiteram que para competência de maio com dados de produção de março/2020, sejam alinhados os dados do Regimento com a Portaria da Comissão considerando o quantitativo dos membros.Caso os ajustes não sejam realizados e encaminhados na competência de avaliação maio com os dados de produção março/2020, este indicador poderá não ser avaliado.**Item foi pontuado com 2,0.**
CIHDOTT (2,0)	Unidade apresentou ATA datada de 30/01/2020, calendário anual das reuniões, relatório mensal e relatório de busca ativa realizada no mês de janeiro/2020. Situação que comprova funcionamento regular desta comissão. Representantes SESAB chamam a atenção para divergência encontrada no registro do número dos óbitos ocorridos na competência janeiro/2020 - 20 óbitos registrados na ATA e 22 óbitos registrados no relatório mensal.Representante da unidade justifica ter sido um erro de digitação, e que na competência de avaliação abril com os dados de março, será possível observar que houve correção da informação citada anteriormente. **Item pontuado com 2,0.**
Funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa (2,0)	Unidade apresentou ATA datada de 07/02/2020, situação que comprova funcionamento regular deste comitê. Representantes SESAB sinalizam que se faz necessária assinatura na ATA de reunião validando-a, bem como rubrica em todas as páginas da ATA. Representantes SESAB pontuam este indicador com 75%, visto que na ATA não constam todas as informações inerentes a esta Comissão, bem como divergência de datas no final da ATA e ausência de assinatura validando-a. No arquivo enviado não consta a página 03 da ATA, e na memória de reunião há divergência entre o número dos membros presentes e o quantitativo de assinaturas (08 presentes com 09 assinaturas). **Item pontuado com 1,5.**
Comissão de Farmácia e Terapêutica (2,0)	Unidade enviou na documentação comprobatória ATA datada de 27/01/2020referente à reunião mensal, contudo,pelo segundo mês consecutivo a ATA nos foi encaminhada sem assinatura validando-a; relatório das atividades do Centro de Farmacovigilância;relatório de atividades do CIM e lista de

	presença com assinatura de 08 membros, porém a ATA faz referência há 09 membros presentes. Representantes SESAB mantêm orientação quanto à necessidadedas assinaturas constarem no corpo da ATA, e não apenas em lista de presença – conforme orientado em reuniões anteriores representantes SESAB sugere "informar os nomes dos membros da comissão, por extenso, antes da sua assinatura no final da ATA".Caso os ajustes não sejam realizados e encaminhados na competência de avaliação maio com os dados de produção março/2020, este indicador poderá não ser avaliado.Mediante acompanhamento das situações acima descritas, **item pontuado com 1,0.**
Comitê Transfusional(2,0)	Unidade apresentou relatório referenteàs reações transfusionais da competência janeiro/2020, mas não enviou a ATA da reunião. Identificado divergência de informação no relatório que constam apenas 03 reações enquanto no relatório do NSP faz referência na competência avaliada de 06 notificações da hemovigilância no VIGIHOSP.Representantes SESAB questionam o não envio da ATA visto que as reuniões são trimestrais (Abr/Jul/Out). Mediante acompanhamento desta situação, o**item foi zerado.**
Núcleo do Segurança do Paciente (3,0)	Unidade apresentou ATA de reunião realizada em 27/02/2020 que comprova funcionamento regular deste Núcleo, atendendo o propósito deste indicador. Existe uma nova portaria (atual nº 148/2015 – 14 titulares)? Na ATA consta nomes de 05 membros diferentes do publicado na portaria -Kathelene, Olga, Luciana Boa Morte, Leonardo Augusto e AntonioNoblat, e assinatura de 6 membros presentes, o que não compõe quórum. Reiteramos o questionamento sobre os membros participantes que não fazem parte da Comissão conforme Portaria e regimento interno. Mesmo com 06 membros presentes na reunião não houve quórum regimental. Representantes SESAB questionam a validade do Plano Anual de Trabalho, solicita o envio do Novo Plano Anual de Trabalho 2020 e dos Protocolos para acompanhamento dos Indicadores de Segurança do Paciente.Representantes da SESAB acatam a justificativa dos representantes do HUPES e pelaexcelência da evolução relacionada às reuniões anteriores deste núcleo e qualidade das descrições das ATAS, o indicador foi pontuado com 50%. **Item pontuado com 1,5.**
Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos (3,0)	Unidade possui Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos. Representantes SESAB solicitam que sejam encaminhados na competência de avaliaçãoabril com dados de produção de fevereiro/2020 os protocolos referente ao SCIH e NSP.**Item pontuado com 3,0.**
Terapia Nutricional (2,0)	Unidade apresentou relatório de produtividade referente à competência janeiro/2020, com registro de que 76 pacientes utilizaram suplemento oral, 54 pacientes utilizaram terapia nutricional enteral e 14 pacientes utilizaram nutrição parenteral.Na verificação *in loco,* evidenciamos registro de Admissão Nutricional. **Item pontuado com 2,0.**

Garantir o manejo dos resíduos sólidos -	Na verificação *in loco*,observamos que a unidade atende aos critérios quanto

	percentual de satisfação geral nem os demonstrativos de melhorias oriundas dos registros dos clientes através de plano de ação.**Item se mantém zerado.**
Instituição de horário de visita diária (2,0)	Unidade atende os critérios da manutenção do direito de visita diária ao paciente por período mínimo de 4 horas. **Item pontuado com 2,0.**
Manutenção de acompanhante para pacientes prioritários (2,0)	Verificado *in loco* que a Unidade atende os critérios de garantia do direito a acompanhante nas 24 horas. **Item pontuado com 2,0.**
Garantia de acesso ao deficiente físico (1,0)	Unidade atende parcialmente aos critérios proposto pelo indicador, uma vez que ainda encontramos elevadores parados, o que de certa forma dificulta o acesso por parte dos usuários. Mediante acompanhamento desta situação, foi dada metade da pontuação.**Item pontuado com 0,5.**
Elaboração e execução do Plano de Manutenção Preventiva Predial (3,0)	Unidade apresenta cronograma de atividades de manutenção predial referente ao mês avaliado, porém não encaminhada à programação anual de manutenção preventiva, o que se faz necessário para análise deste indicador. Representantes SESAB questionam se já foi confeccionado o Plano Anual de Trabalho? O não envio da programação na próxima competência de avaliação abril com dados de produção de fevereiro/2020,implicará na impossibilidade de avaliação do indicador, considerando o solicitado na meta do POA. Fábio informa que o material referente ao **Plano de Manutenção Preventiva Predial** será enviado na documentação da próxima competência de avaliação (abril com dados de fevereiro).**Item pontuado com 3,0.**
Apresentação do plano de prevenção dos equipamentos (3,0)	Unidade apresenta cronograma de atividades de manutenção preventiva dos equipamentos ao mês avaliado, porém não encaminhada à programação anual do plano de prevenção dos equipamentos, o que se faz necessário para análise deste indicador. Representantes SESAB questionam se já foi confeccionado o Plano Anual de Trabalho? O não envio da programação na próxima competênciade avaliação abril com dados de produção de fevereiro/2020, implicará na impossibilidade deavaliação do indicador, considerando o solicitado na meta do POA. Fábio informa que o **Plano de Prevenção dos Equipamentos** é produzido no Sistema EFFORT, sendo possível visualizar no in loco, contudo se compromete a enviar na documentação da próxima competência de avaliação (abril, com dados de fevereiro) o planejamento para 2020.**Item pontuado com 3,0 .**
Garantir requisitos de boas práticas para prestação da assistência, assegurando a qualidade nos serviços executado(2,0)	A vistoria foi realizada com representantes da instituição (vide lista de presença anexa), na enfermaria 4D, foram identificados os seguintes pontos a serem melhorados: - ausência de carimbo e assinatura do profissional médico em TCLE. - termo de anestesia com preenchimento incompleto. - janelas sem tela de proteção. - garrafas de água mineral vazias, sendo utilizadas como "peso de porta".

	- varias cadeiras quebradas, com estofamento inadequado e danificadas na varanda (área externa) da enfermaria. - poltronas da sala de prescrição médica com estofamento danificado. - e poltronas para acompanhantes de alguns quartos com estofamentos danificados. **Item pontuado com 2,0.**
Pontuação das Metas Qualitativas	Avaliação total com média global de 73%.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: ÉRICA DE S. C. SOUZA - TÉCNICA DICON/NAC.

Membros titulares da Comissão:

1. Andréa da Rocha Souza (NAC) - _____
2. Érica de Souza Cerqueira Souza (NAC) - _____
3. Paula França Rocha (CER) - _____
4. Adriana Almeida dos Santos (HUPES) - _____
5. ValdiraGonzaga Rodrigues (HUPES) - _____

Membros suplentes da Comissão:

6. Ana Carolina Pereira (NAC) - _____
7. Irene Lúcia D'Albuquerque Setubal Pires (CER) - _____
8. Fábio Lobo (HUPES) - _____